

Bedingungen für eine Skandia Dread Disease Versicherung

Tarif: DDB07/DDK07

Sehr geehrter Kunde,

vielen Dank, dass Sie sich für eine Police der Skandia entschieden haben. Mit dem Abschluss einer Skandia Dread Disease Versicherung haben Sie die richtige Entscheidung getroffen.

Beigefügt erhalten Sie den Versicherungsschein.

Der Vertrag gilt auf Grundlage des Versicherungsscheins und der Versicherungsbedingungen (inklusive Verbraucherinformationen) als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt der genannten Unterlagen der Skandia gegenüber in Textform widersprechen. Dafür genügt es, den Widerspruch innerhalb dieser Frist an uns abzusenden.

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Mit den nachfolgenden Erläuterungen wollen

wir Sie über die Bedingungen informieren, die für den Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und uns gelten. Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein benannt.

Sind Sie die versicherte Person, aber nicht der Versicherungsnehmer, dann gelten die nachfolgenden Regelungen für Sie nicht unmittelbar. Die nachfolgend festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Die folgenden Erläuterungen enthalten die Verbraucherinformationen, die gemäß § 10 a Versicherungsaufsichtsgesetz in Verbindung mit Anlage D vor Vertragsabschluss zu erteilen sind, oder geben die Stellen an, an denen Ihnen diese Informationen gegeben werden.

Inhalt

Verbraucherinformationen zu Ihrer Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07	2
Allgemeine Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07	2
§ 1 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	2
§ 2 Was gilt für die Laufzeit und die Beitragskalkulation Ihres Vertrages?	2
§ 3 Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?	3
§ 4 Welche Bedingungen gelten für die Nachversicherungsgarantie?	3
§ 5 Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?	4
§ 6 Welche schweren Erkrankungen werden von der Skandia Dread Disease erfasst?	4
§ 7 Wie sind Ihre Kinder mitversichert?	6
§ 8 Gibt es Umstände, unter denen eine beschränkte oder keine Versicherungsleistung erbracht wird?	7
§ 9 Können Sie den Tarif wechseln?	7
§ 10 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? ..	7
§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	7
§ 12 Was müssen Sie bei der Kündigung Ihrer Versicherung beachten und ist eine Beitrags- freistellung möglich?	7
§ 13 Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?	8
§ 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	8
§ 15 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung im Todesfall zu beachten?	9
§ 16 Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung im Falle des Eintritts einer schweren Erkrankung zu beachten?	9
§ 17 Wie sind vertragliche Zahlungen zu leisten?	9
§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	9
§ 19 Wer erhält die Versicherungsleistung?	9
§ 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Versicherungsvertrag beziehen?	9
§ 21 Welche Kosten und Gebühren können Ihnen gesondert in Rechnung gestellt werden?	9
§ 22 Nichtraucherstatus	10
§ 23 Welche Grundsätze gelten für die Überschussbeteiligung?	10
§ 24 Welche Überschüsse werden diesem Vertrag zugeteilt?	10
§ 26 Welches Recht ist anwendbar?	10
§ 27 Welche der für Ihren Vertrag geltenden Bestimmungen können geändert werden?	10
§ 28 Vertragsänderungen	10
Besondere Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 mit planmäßiger Erhöhung des Beitrages und der Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung	10
§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhö- hung des Beitrages?	10
§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beitrag und Ver- sicherungsleistung?	10
§ 3 Wie errechnet sich die erhöhte Versicherungsleistung? ..	11
§ 4 Welche sonstigen Bedingungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistung?	11
§ 5 Wann wird die Erhöhung ausgesetzt?	11
Besondere Vereinbarung für die Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“	11
Merkblatt zur Datenverarbeitung	12

Verbraucherinformationen zu Ihrer Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07

Die Allgemeinen Bedingungen zu Ihrem Vertrag informieren Sie über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis. Um Ihnen das Verständnis des Versicherungsvertrages zu erleichtern, erscheint es uns zweckmäßig, die wichtigsten Fragen zu erläutern.

Was sind die Ziele der Skandia Dread Disease Versicherung?

Skandia Dread Disease gewährt Versicherungsschutz im Falle bestimmter, in den Versicherungsbedingungen näher bezeichneter schwerer Erkrankungen oder Gesundheitsschäden und im Todesfall. Die Einzelheiten entnehmen Sie bitte den beigefügten Versicherungsbedingungen.

Was gilt für die Überschussbeteiligung?

1. Die Skandia Dread Disease Versicherungsverträge nach den Tarifen DDB07/DDK07 sind überschussberechtigigt.
2. Die im Versicherungsschein und in den Versicherungsbedingungen festgelegten Leistungen erbringen wir aus den Beiträgen. Neben den Versicherungsleistungen müssen auch die Kosten für Abschluss und Verwaltung der Versicherungsverträge und für die Betreuung der Versicherungsnehmer gedeckt werden. Die Einzelheiten der Überschussbeteiligung sind detailliert in §§ 23 und 24 der Allgemeinen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 geregelt.

Was ist ratsam, wenn die Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge für Ihre Dread Disease Versicherung nicht mehr aufbringen können. Lassen Sie sich in dieser Situation rechtzeitig beraten. Wir können Ihnen bessere Wege als eine überstürzte Kündigung des Vertrages aufzeigen. Wir haben – je nach Lage des Falles – Möglichkeiten, Ihnen zu helfen, z. B. durch Stundung der Beiträge für eine bestimmte Zeit oder eine Herabsetzung der Beiträge.

Welche Bedingungen gelten für das Versicherungsverhältnis und welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

1. Hauptversicherung
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07
Dynamisierung
Besondere Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 mit planmäßiger Erhöhung des Beitrages und der Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung
Überschussverwendung Besondere Vereinbarung für die Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“
2. Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Allgemeine Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Sie können sich im Rahmen der Skandia Dread Disease Versicherung für den Tarif DDB07 (Basisvariante) oder DDK07 (Komfortvariante) entscheiden. Sofern Sie nicht die versicherte Person sind, ist auch die versicherte Person – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

§ 1 – Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages bestätigt haben und der Einlösungsbeitrag gezahlt wurde. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

Wie kann die Versicherungssumme ausgezahlt werden?

Im Versicherungsfall kann die Auszahlung der Versicherungssumme auf Ihren schriftlichen Wunsch hin, in jährlichen Raten erfolgen. Die Versicherungssumme kann dabei in maximal fünf Raten über einen Zeitraum von fünf Jahren ausgezahlt werden. Die Höhe der einzelnen Ratenzahlungen ist frei wählbar, muss jedoch mindestens 500 EUR betragen, die Festlegung des jeweiligen Ratenbetrages kann dabei bis zwei Wochen vor Auszahlungstermin erfolgen.

An wen können Sie sich bei Fragen oder Beschwerden wenden?

1. Bei Fragen und Beschwerden zu Ihrer Versicherung wenden Sie sich bitte an uns. Wir sind gern bereit, Ihnen behilflich zu sein. Die jeweiligen Anschriften und Telefonnummern sind in dem Begleitschreiben zu Ihrem Versicherungsschein genannt.
2. Wir sind dem Verein „**Versicherungsombudsmann e.V.**“ beigetreten und unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln. Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins, Postfach 080632, 10006 Berlin, oder über <http://www.versicherungsomбудsmann.de>.
3. Es steht Ihnen offen, sich bei Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen zu wenden (Hausanschrift: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn).

Welche steuerlichen Vorschriften gelten?

- 1.1 *Einkommensteuer*
Die Beiträge zur Skandia Dread Disease Versicherung können nicht im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen gemäß § 10 Einkommensteuergesetz (EStG) abgezogen werden.
- 1.2 Die Auszahlung der Versicherungssumme im Versicherungsfall, also bei Erkrankung an einer der versicherten schweren Krankheiten oder bei Tod, ist einkommensteuerfrei.
- 2.1 *Erbschaftsteuer (Schenkungsteuer)*
Ansprüche oder Leistungen aus Lebensversicherungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z. B. auf Grunde eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden.
- 2.2 Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschaftsteuerpflichtig.
3. *Versicherungsteuer*
Da Beiträge zu Risiko-Lebensversicherungen von der Versicherungsteuer befreit sind, sind auch die Beiträge zur Skandia Dread Disease Versicherung versicherungsteuerfrei.

§ 2 – Was gilt für die Laufzeit und die Beitragskalkulation Ihres Vertrages?

1. Bei dem Vertrag handelt es sich grundsätzlich um einen Versicherungsvertrag mit einer Mindestlaufzeit von 5 Jahren. Die Vertragsdauer kann individuell vereinbart werden, jedoch maximal 60 Jahre betragen, wobei das höchste rechnungsmäßige Alter der versicherten Person 75 Jahre ist und dieses nicht überschritten werden darf. Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter des Versicherten, wobei eine bereits begonnene, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.
2. Sie können sich für eine individuell festgelegte Beitragsgaranzzeit entscheiden. Diese kann zwischen 5 und maximal 10 Jahren liegen. Während dieser gewählten Beitragsgaranzzeit bleibt der ermittelte Tarifbeitrag unverändert. Eine Änderung,

d. h. Verkürzung oder Verlängerung der Beitragsgaranzzeit ist zum Ablauf des jeweils laufenden Beitragsgaranzzeitraums möglich.

3. Bei Ablauf der vereinbarten Beitragsgaranzzeit sind wir bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und des daraus berechneten Beitrags gemäß § 172 Abs. 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz unter Beachtung der dort näher geregelten Voraussetzungen berechtigt, den Beitrag entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen neu festzusetzen.
4. Wir werden Sie rechtzeitig zum Ablauf der Beitragsgaranzzeit über den zukünftig gültigen Tarifbeitrag – unter Beibehaltung der übrigen Vertragsdaten – informieren.

§ 3 – Welche Versicherungsleistungen erbringen wir?

1. Eintritt einer Schwere Krankheit
Die vereinbarte Versicherungssumme zahlen wir, wenn der Versicherte während der Laufzeit des Vertrages von einer der in § 6 der Allgemeinen Bedingungen definierten schweren Erkrankungen betroffen ist und der Versicherte für einen Zeitraum von mindestens vierzehn Tagen von dem Zeitpunkt an überlebt, zu dem die schwere Erkrankung diagnostiziert wird oder, soweit auf die jeweilige schwere Erkrankung anwendbar, vom Zeitpunkt der Operation oder der Bestätigung, dass eine Operation oder ein Transplantat erforderlich sind. Weitere Bedingungen als Voraussetzung einer Leistung sind in Absatz 4 dieses Paragraphen beschrieben.
2. Todesfall
Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Vertrages und vor Fälligkeit einer Versicherungsleistung wegen schwerer Erkrankung stirbt, erbringen wir nicht die Versicherungssumme, sondern statt dessen die jeweils vereinbarte Todesfalleistung. Die Todesfalleistung ist Bestandteil des Versicherungsvertrages. Sie kann individuell zwischen 5 % (Minimum) und 100 % (Maximum), mindestens jedoch 1.500 EUR, der jeweils vereinbarten Dread Disease Versicherungssumme betragen. Die vereinbarte Todesfalleistung wird nur einmal erbracht.
3. Kindermitversicherung
Die in § 7 der Allgemeinen Bedingungen beschriebene Kindermitversicherung sieht eine Leistung für den Fall vor, dass der Versicherte ein mitversichertes Kind hat, das von einer der dort definierten schweren Erkrankungen betroffen ist. Dort ist beschrieben, welche Kinder mitversichert sind, wie hoch die Versicherungsleistung ist und welche Bedingungen auf diese Leistung Anwendung finden. Die Erbringung von Leistungen aus der Kindermitversicherung führt nicht zur Beendigung des Versicherungsvertrages.
4. Voraussetzungen für eine Leistung im Versicherungsfall
Bitte beachten Sie, dass die Versicherungssumme für den Eintritt schwerer Krankheiten nur gezahlt wird, wenn der Versicherte für einen Zeitraum von mindestens vierzehn Tagen von dem Zeitpunkt an überlebt, zu dem die schwere Erkrankung diagnostiziert wird oder, soweit auf die jeweilige schwere Erkrankung anwendbar, vom Zeitpunkt der Operation oder der Bestätigung, dass eine Operation oder ein Transplantat erforderlich sind, und das andernfalls nur die Todesfall-Leistung erbracht wird.
5. Leistungen werden nicht erbracht, wenn einer der in § 8 beschriebenen Fälle vorliegt.

§ 4 – Welche Bedingungen gelten für die Nachversicherungsgarantie?

1. Nachversicherungsgarantie
 - 1.1 Wenn nicht im Versicherungsschein etwas anderes angegeben ist, stehen Ihnen die in den folgenden Bestimmungen genannten Rechte zur Verfügung. In diesen Fällen können Sie eine Erhöhung der Versicherungsleistungen unter Beibehaltung des gewählten Verhältnisses (Versicherungssumme für den Fall des Eintritts einer schweren Krankheit/Todesfallsumme) verlangen, wenn je nach gewähltem Tarif eines oder mehrere der aufgeführten Ereignisse eintreten, die unter § 6 der Allgemeinen Bedingungen beschrieben sind, bevor der Versicherte ein Alter von 55 Jahren, bei den berufsbezogenen Erhöhungen ein Alter von 60 Jahren erreicht hat.
 - 1.2 Sie können Nachversicherungsoptionen nach diesen Bestimmungen nur schriftlich innerhalb von drei Monaten nach dem

maßgeblichen Ereignis und vorbehaltlich von 1.3 ausüben. Der Beitrag wird nach unseren zum Zeitpunkt der Erhöhung anwendbaren Beitragsraten berechnet. Dabei werden unter anderem das Alter des Versicherten zu diesem Zeitpunkt und etwaige mit Ihnen bei Versicherungsabschluss vereinbarte besondere Bedingungen wie Risikozuschläge zugrunde gelegt.

- 1.3 Wir werden Ihnen die Beitragserhöhung, die durch die Erhöhung der Versicherungsleistungen erforderlich wird, schriftlich mitteilen. Die Erhöhung wird ab Beginn der auf den Zugang aller erforderlichen Unterlagen folgenden Versicherungsperiode wirksam.
- 1.4 Zum Nachweis des Eintritts eines der vorgenannten Ereignisse muss uns das Original oder die notariell beglaubigte Abschrift der genannten Dokumente vorgelegt werden.
- 1.5 Wenn mehrere Versicherungen auf das Leben eines Versicherten bestehen, die das Recht zur Erhöhung der Versicherungssumme bei Familienereignissen oder Geschäftsvorfällen einräumen und Sie verlangen eine Erhöhung der Versicherungssumme, gilt für die Summe der Erhöhungen unter allen betroffenen Versicherungsverträgen der gemäß Abs. 4.2.3 und Abs. 4.3.3 anwendbare Höchstbetrag der Erhöhung.
- 1.6 Das Recht auf Nachversicherungen erlischt nach Anerkennung einer ersten Leistungspflicht, sofern der Vertrag dann gemäß § 5 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen weitergeführt wird.
2. Familienbezogene Nachversicherungsoptionen
 - 2.1 In den folgenden Fällen gewähren wir das Recht auf Nachversicherung:
 - 2.1.1 Heirat und Scheidung – die nach den Gesetzen der Bundesrepublik Deutschland oder eines Staates der Europäischen Union rechtswirksame Heirat oder Scheidung des Versicherten.
 - 2.1.2 Geburt oder Adoption eines Kindes – die Geburt eines Kindes des Versicherten oder seines Ehegatten oder die rechtswirksame Adoption eines Kindes durch den Versicherten.
 - 2.1.3 Grundkredit oder Erhöhung eines Grundkredits – die Aufnahme oder Erhöhung eines durch Grundpfandrechte gesicherten Kredites durch den Versicherten einschließlich der Verlängerung eines solchen Kredites. Der Kredit muss bei einer Bank oder Versicherung aufgenommen worden sein.
 - 2.1.4 Gehaltssteigerung – wenn die versicherte Person Angestellter ist und ihr Gehalt aufgrund eines Karrieresprungs gestiegen ist.
 - 2.2 Folgende Unterlagen sind bei Beantragung einer familienbezogenen Nachversicherung einzureichen:
 - 2.2.1 Heirat oder Scheidung – die Heiratsurkunde oder das Scheidungsurteil.
 - 2.2.2 Geburt oder Adoption eines Kindes – die Geburtsurkunde oder der gerichtliche Adoptionsbeschluss.
 - 2.2.3 Grundkredit oder Erhöhung eines Grundkredits – ein Grundbuchauszug oder eine Darlehenszusage.
 - 2.2.4 Gehaltssteigerung – Mitteilung des Arbeitgebers über die Höhe der Gehaltsanpassung.
 - 2.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme im Falle des Eintritts eines oder mehrerer der vorgenannten Ereignisse ist wie folgt begrenzt:
 - 2.3.1 Heirat oder Scheidung – 75.000 EUR in jedem Einzelfall. Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß dieser Option ist auf 75.000 EUR begrenzt.
 - 2.3.2 Geburt oder Adoption eines Kindes – 30.000 EUR pro Kind. Der Gesamtbetrag gemäß dieser Option ist auf 90.000 EUR begrenzt.
 - 2.3.3 Grundkredit oder Erhöhung eines Grundkredits – der Betrag des Grundkredits, höchstens jedoch 150.000 EUR. Der Gesamtbetrag der Erhöhungen gemäß dieser Option ist auf 150.000 EUR begrenzt.
 - 2.3.4 Gehaltssteigerung – das 5-fache der Steigerung des Jahresgehaltes, höchstens jedoch 25 % der Versicherungssumme je Einzelfall.Die Höchstgrenze aller im Rahmen dieser Optionen stattfindenden Erhöhungen ist 150.000 EUR.
3. Berufsbezogene Nachversicherungsoptionen
 - 3.1 In den folgenden Fällen gewähren wir das Recht auf Nachversicherung:

- 3.1.1 Betriebsdeckung – Zuwachs des Wertes eines Unternehmens soweit die Versicherung abgeschlossen wurde, um Geschäftspartnern oder Miteigentümern den Erwerb eines Teiles der oder sämtlicher Anteile eines Versicherten an einem Unternehmen zu ermöglichen.
- 3.1.2 Keyman Versicherung – eine Erhöhung des Ihrem Unternehmen durch den Tod oder die schwere Erkrankung des Versicherten drohenden Verlustes soweit der Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde, um Sie gegen einen solchen Verlust zu schützen.
- 3.1.3 Existenzgründung – Aufnahme einer selbständigen oder freiberuflichen Tätigkeit mit Mitgliedschaft in einer entsprechenden Kammer (Industrie- und Handelskammer, Kammer für Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater etc.).
- 3.1.4 Betriebsdarlehen – wenn die Police zugunsten einer Firma als zusätzliche Sicherheit für ein von ihr aufgenommenes Darlehen abgeschlossen wurde
- 3.2. Folgende Unterlagen sind bei Beantragung einer berufsbezogenen Nachversicherung einzureichen:
 - 3.2.1 Betriebsdeckung – Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass der Wert der Beteiligung des Versicherten an dem Unternehmen seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen hat.
 - 3.2.2 Keyman Versicherung – Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass Ihr Deckungsbedarf seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen hat.
 - 3.2.3 Existenzgründung – Nachweis der Mitgliedschaft in einer entsprechenden Kammer (Industrie- und Handelskammer, Kammer für Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater etc.).
 - 3.2.4 Betriebsdarlehen – Darlehenszusage des Darlehensgebers mit Mitteilung über die Höhe des (zusätzlich) gewährten Darlehens
- 3.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme im Falle des Eintritts eines oder mehrerer der vorgenannten Ereignisse ist wie folgt begrenzt:
 - 3.3.1 Betriebsdeckung – der Wert der Zunahme des Anteils der versicherten Person am Betrieb, höchstens jedoch 150.000 EUR. Die Höchstgrenze aller im Rahmen dieser Option stattfindenden Erhöhungen ist 150.000 EUR
 - 3.3.2 Keyman Versicherung – die Erhöhung Ihres Deckungsbedarfs, höchstens jedoch 150.000 EUR. Die Höchstgrenze aller im Rahmen dieser Option stattfindenden Erhöhungen ist 150.000 EUR.
 - 3.3.3 Existenzgründung – 75.000 EUR.
 - 3.3.4 Betriebsdarlehen – in Höhe des Darlehensbetrages, höchstens jedoch 150.000 EUR je Einzelfall. Die Höchstgrenze aller im Rahmen dieser Option stattfindenden Erhöhungen ist 150.000 EUR.
 - 3.3.5 Die Höchstgrenze aller im Rahmen dieser Optionen stattfindenden Erhöhungen ist 150.000 EUR.

§ 5 – Wann endet Ihr Versicherungsvertrag?

- 1. Nach Zahlung der Todesfalleistung endet der Versicherungsvertrag. Mit Erbringung der Versicherungssumme im Falle des Eintritts einer schweren Krankheit gemäß § 6 endet der Versicherungsvertrag, sofern nicht die Bestimmungen des § 5 Abs. 2 greifen und der Vertrag nach Anerkennung eines ersten Leistungsfall es mit reduziertem Versicherungsschutz weitergeführt wird.
- 2. Die Versicherung wird nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer der in § 6 versicherten schweren Erkrankung für dann neu auftretende Erkrankungen weitergeführt, jedoch ab dem Zeitpunkt der Anerkennung der Leistungspflicht unter Ausschluss des Versicherungsschutzes für den Todesfall, für den Fall der vollständigen Erwerbsminderung und unter Ausschluss der Besonderen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 mit planmäßiger Erhöhung des Beitrages und der Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung sowie des § 4 der Allgemeinen Bedingungen.
- 3. Die Weiterführung erfolgt jedoch nur unter Anwendung der folgenden Einschränkungen:
 - 3.1 wegen derselben versicherten „schweren Erkrankung“, die bereits zur Anerkennung einer Leistungspflicht führte, kann kein

weiterer Leistungsfall eintreten und diese „schwere Erkrankung“ wird aus dem Katalog der versicherten Erkrankungen ausgeschlossen (Beispiel: der Versicherte erleidet einen zweiten Herzinfarkt und die erste Versicherungsleistung erfolgte bereits wegen eines Infarktes). Dieser Ausschluss gilt auch, wenn im Falle eines „schweren Unfalles“ als erstem Leistungsfall nur eine Teilleistung (siehe § 6.2.20) erbracht wurde.

- 3.2 alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen der Ersterkrankung, die zu einem eventuellen späteren Eintritt einer anderen versicherten schweren Erkrankung führen, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen (z. B. eine unheilbare Krebserkrankung, die Auslöser der ersten Versicherungsleistung war, führt zum Stadium „Terminale Krankheit“).
- 3.3 eine weitere Leistung wegen einer anderen als der zur Anerkennung der Leistungspflicht führenden ersten schweren Erkrankung ist ausgeschlossen, wenn beide Erkrankungen medizinisch auf die gleiche Ursache, das gleiche Grundleiden und/oder den gleichen Risikofaktor zurückzuführen sind (Beispiel: der Versicherte erlitt als Ersterkrankung einen Herzinfarkt, der verursacht oder mitverursacht wurde von seinem Bluthochdruck. Er erleidet später einen Schlaganfall, der ebenfalls auf die Hochdruckkrankheit zurückgeführt werden kann)
- 3.4 bei der Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit gem. § 6 Abs. 2.17. wird der Anteil der Ersterkrankung nicht berücksichtigt.
- 4. Nach Anerkennung einer zweiten Leistungspflicht endet der Versicherungsvertrag unwiderruflich.

§ 6 – Welche schweren Erkrankungen werden von der Skandia Dread Disease erfasst?

- 1. Die Versicherung gewährt in Abhängigkeit vom vereinbarten Tarif (DDB07 oder DDK07) Versicherungsschutz im Falle der nachfolgend aufgeführten schweren Erkrankungen des Versicherten soweit im Versicherungsschein oder einem Nachtrag zum Versicherungsvertrag nicht ausdrücklich etwas Abweichendes vereinbart ist.
- 2. In den Tarifen DDB07 und DDK07 gelten folgende Krankheiten als versichert:
 - 2.1 Bypass am Herzen
 - 2.1.1 Durchführung einer Operation zur Korrektur einer Verengung oder des Verschlusses einer oder mehrerer Koronararterien (= Herzkranzgefäße) durch Bypass-Transplantate, die gemäß den aktuell gültigen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie oder einer gleichwertigen europäischen Einrichtung indiziert (= notwendig) ist. Neben Operationsverfahren am offenen Herzen sind auch minimalinvasive, d. h. endoskopische Verfahren der Bypass-Chirurgie gedeckt. Es besteht eine Wartezeit von 3 Monaten nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Versicherungsschutzes bezogen auf den erhöhten Teil bis zur Erstdiagnosestellung der Grunderkrankung. Wir werden bereits vor Durchführung der Operation leisten, wenn die Notwendigkeit eines solchen Eingriffes gemäß den oben genannten Vorgaben eindeutig nachgewiesen ist.
 - 2.2 Herzinfarkt
 - 2.2.1 Unter Herzinfarkt versteht man das Absterben von Herzmuskelgewebe infolge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen frischen, während der Laufzeit des Vertrages akut aufgetretenen Infarkt handeln, der mit den dann geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt wurde.
 - 2.2.2 Andere Erkrankungsformen des Herzmuskels und der Herzkranzgefäße wie zum Beispiel eine Angina Pectoris sind unter dieser Definition nicht versichert.
 - 2.3 HIV/AIDS – Bluttransfusion/Berufsausübung
 - 2.3.1 Die Infektion des Versicherten mit dem Human Immundefizienzvirus (HIV) oder das Leiden an einem erworbenen Immundefektsyndrom (AIDS) unter folgenden Voraussetzungen:
 - Der Versicherte ist Arzt, Pharmazeut oder Beschäftigter einer medizinischen Einrichtung, der Feuerwehr, der Polizei, eines Krankentransportdienstes oder im Strafvollzug und;
 - die Infektion ist im Verlauf der normalen Tätigkeit des Versicherten und infolge des Umganges mit einer HIV-infizierten Person durch den Kontakt mit Blut oder Körper-

- flüssigkeiten der HIV-infizierten Person oder mit einem HIV-kontaminierten Gegenstand erworben und
- das Ereignis, das zu einem derartigen Kontakt führte, muss während der Dauer des Versicherungsschutzes stattgefunden haben und entsprechend den aktuell gültigen Verfahrensweisen berichtet, untersucht und dokumentiert worden sein, die für die Tätigkeit gelten, in deren Verlauf es sich ereignete und
 - der Versicherte muss sofort, spätestens aber innerhalb von 10 Tagen nach dem Ereignis untersucht worden sein und darf nachweislich keine Antikörper gegen das HIV aufgewiesen haben. Darüber hinaus muss das Ereignis entsprechend den etablierten Verfahrensweisen nachverfolgt worden sein. Hierzu zählen Blutanalysen innerhalb von 12 Monaten, die das Vorliegen bzw. die Neubildung von HIV oder Antikörpern gegen ein solches Virus aufzeigen.
- 2.3.2 Oder
- Die Infektion ist nachweisbar durch die Verabreichung von Blutprodukten innerhalb der EU nach dem Ausstellungsdatum des ursprünglichen Versicherungsscheines verursacht.
- 2.4 Krebs
- 2.4.1 Vorliegen eines histologisch (= durch feingewebliche oder mikroskopische Untersuchung) nachgewiesenen malignen (= bösartigen) Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz (= Eindringen in fremde Körpergewebe) und Metastasierungstendenz (= Bildung von Tochtergeschwulsten). Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die malignen Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien (= Blutkrebs), Lymphomen und Morbus Hodgkin (= Lymphdrüsenkrebs).
- 2.4.2 Ausgeschlossen sind jedoch:
- alle Formen von Lymphomen und Kaposi-Sarkomen bei gleichzeitig vorhandener HIV-Infektion,
 - Vorstufen von Krebserkrankungen wie z. B. nichtinvasives Carcinoma in situ (einschließlich Zervixdysplasie CIN-1, CIN-2 und CIN-3), sonstige praemaligne oder semimaligne Tumoren
 - alle Tumoren der Prostata, die histologisch nicht mindestens als Stadium B (II) bzw. als T2 gekennzeichnet wurden
 - alle Hauttumoren. Abweichend hiervon sind alle invasiven malignen Melanome (= schwarzer Hautkrebs) gedeckt.
- 2.4.3 Es besteht eine Wartezeit von 3 Monaten nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Versicherungsschutzes bezogen auf den erhöhten Teil bis zur Erstdiagnosestellung der Grunderkrankung.
- 2.5 Multiple Sklerose
- Eindeutige Diagnose der Multiplen Sklerose mit nachweisbaren pathologischen (= krankhaften) Befunden in den zum Zeitpunkt des Leistungsantrages geltenden Diagnosetechniken (klinische und bildgebende Verfahren) und seit mindestens 6 Monaten bestehenden motorischen oder sensorischen Funktionsstörungen (= Bewegungs- oder Gefühlsstörungen).
- 2.6 Nierenversagen
- Nicht mehr behebbares Funktionsversagen beider Nieren aufgrund dessen entweder eine regelmäßige Dialyse (= Blutwäsche) oder eine Nierentransplantation notwendig wird. Der Anspruch auf Leistung entsteht nach Beginn der Dauer-Dialyse oder nach Durchführung der Transplantation oder nach Aufnahme in eine offizielle Transplantationswarteliste.
- 2.7 Schlaganfall
- Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen Hirninfarkt (Blutung oder Embolie/Gefäßverschluss) mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen und entsprechenden pathologischen (= krankhaften) Befunden in der bildgebenden Diagnostik des Gehirns (Computertomographie oder Kernspintomographie).
3. Darüber hinaus gelten im Tarif DDK07 folgende Krankheiten als versichert:
- 3.1 Alzheimer Krankheit/ Präsenile Demenz
- Eindeutige Diagnose einer präsenilen Demenz (= Beeinträchtigung der Hirnleistungen) einschl. Alzheimer-Demenz (= Alzheimer Erkrankung) vor Vollendung des 65. Lebensjahres mit pathologischen (= krankhaften) Befunden in einem der folgenden Testverfahren:
- Mini-Mental-Status-Test oder
 - Alzheimers Assessment-Scale.
- 3.2 Aorta-Transplantationschirurgie
- 3.2.1 Durchführung operativer Maßnahmen zur Behandlung der erkrankten Aorta, die eine Exzision (= Entfernung) und chirurgischen Ersatz des erkrankten Teils der Aorta durch eine künstliche Gefäßprothese erfordert. Eingeschlossen sind Erkrankungen des thorakalen und abdominalen Teils der Aorta (= Hauptstamm der großen Körperschlagader, der im Brust und Bauchraum liegt), jedoch nicht deren Äste.
- 3.2.2 Wir werden bereits vor Durchführung der Operation leisten, wenn die Notwendigkeit eines solchen Eingriffes gemäß den oben genannten Vorgaben eindeutig nachgewiesen ist.
- 3.3 Bakterielle Meningitis
- Durch Bakterien hervorgerufene Entzündung der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen.
- 3.4 Blindheit
- Vollständiger, dauerhafter und nicht mehr behebbarer Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen mit einem Restsehvermögen kleiner als 1/50 der Norm. Ein Restsehvermögen kleiner als 1/50 der Norm bedeutet, dass ein Gegenstand, den ein Normal-sichtiger in 50 m erkennt, erst in 1 m Entfernung erkannt wird.
- 3.5 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
- Eindeutige Diagnose einer Creutzfeldt-Jakob-Krankheit mit dem Vorliegen von entsprechenden neurologischen Ausfällen.
- 3.6 Enzephalitis
- Schwere Entzündung des Hirngewebes mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen.
- 3.7 Fortgeschrittene Lungenerkrankung
- Lungenerkrankung, die zu einer nicht reversiblen chronisch-respiratorischen Insuffizienz sowie zur Ruhedyspnoe und Notwendigkeit der Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie führt. Die Diagnose muss anhand folgender Befunde eindeutig mittels Ganzkörperplethysmographie oder anderer gleichwertiger Verfahren, die unabhängig von der Mitarbeit des Patienten sind, belegt werden:
- der FEV1-Wert (forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test oder Atemstoßwert) beträgt dauerhaft und irreversibel weniger als 1 Liter und/oder die VK (Vitalkapazität = max. Volumen pro Atemzug) beträgt dauerhaft und irreversibel weniger als 55% der alters-, größen- und geschlechtsspezifischen Norm und
 - die arterielle Blutgasanalyse (ohne Sauerstoffgabe) ergibt einen partiellen Sauerstoffdruck von auf Dauer weniger als 55 mm Hg (PaO₂ I 55mm Hg).
- 3.8 Gehörlosigkeit
- Vollständiger, dauerhafter und nicht mehr behebbarer Verlust des gesamten Hörvermögens auf beiden Ohren. Eine beidseitige Hörminderung von mindestens 80 dB in der Tonschwellenaudiometrie (= Hörtest) auf allen Frequenzen auch unter Verwendung von Hörhilfen ist mit einer Gehörlosigkeit gleichzusetzen.
- 3.9 Herzklappenchirurgie
- Durchführung medizinisch notwendiger chirurgischer Maßnahmen zum Ersatz oder zur Wiederherstellung einer oder mehrerer Herzklappen. Neben Operationen am offenen Herzen sind auch minimal invasive (= endoskopische) Operationsverfahren gedeckt. Ausgeschlossen sind Ballondilatationen zur Behandlung der erkrankten Herzklappe. Wir werden bereits vor Durchführung der Operation leisten, wenn die Notwendigkeit eines solchen Eingriffes eindeutig nachgewiesen ist.
- 3.10 Hirntumor
- Ein Tumor im Gehirn mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen. Tumore und Läsionen der Hypophyse sind nicht versichert.
- 3.11 Kardiomyopathie
- Schwere Störungen der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Wir werden leisten, wenn die Auswurffraktion (= EF) unter den Wert von 30% gesunken ist oder schwere Zeichen der Herzleistungsschwäche vorliegen (Herzinsuffizienz im NYHA Stadium IV).

- 3.12 Koma
Ein Zustand der tiefen Bewusstlosigkeit, der die Anwendung lebenserhaltender Systeme notwendig macht, ununterbrochen über einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden anhält und mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen einhergeht.
- 3.13 Lähmung
Vollständige und nicht mehr behebbare Lähmung von mindestens zwei Gliedmaßen (Arm oder Bein). Die Behinderung muss durch geeignete neurologische Befunde bestätigt sein.
- 3.14 Motoneuron-Erkrankungen
Eindeutiger Nachweis einer sogenannten Motoneuronenerkrankung (= Erkrankung der motorischen Nervenbahnen des Gehirns oder Rückenmarks).
- 3.15 Organtransplantation
Durchführung einer Transplantation von Herz, Leber, Lunge, Niere, Pankreas (außer der isolierten Inselzelltransplantation), fremdem Knochenmark oder fremden peripheren Blutstammzellen, wobei der Versicherte der Empfänger ist. Geleistet wird auch, wenn der Versicherte in eine offizielle Warteliste für den Erhalt eines solchen Transplantats aufgenommen wird
- 3.16 Parkinson-Krankheit
Eindeutige Diagnose einer Parkinson-Krankheit (= Schüttellähmung) von mindestens Stadium III unter Verwendung der Hoehn- und-Yahr-Klassifikation vor Vollendung des 65. Lebensjahres.
- 3.17 Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Deckung liegt vor, wenn der Versicherte aus ausschließlich gesundheitlichen Gründen bei den unten beschriebenen gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens selbst bei Verwendung spezieller Geräte oder Ausrüstungen, voraussichtlich dauernd und in erheblichem Maß (mehr als 3 Stunden täglich) fremder Hilfe bedarf. Gewöhnliche und wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens sind:
- Körperpflege: Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Blasen- und Darmentleerung
 - Ernährung: mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung
 - Mobilität: selbständiges Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
 - Hauswirtschaftliche Versorgung: Einkaufen, Kochen, Reinigung der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung, Beheizen der Wohnung.
- 3.18 Poliomyelitis (Kinderlähmung)
Nach Abschluss des Vertrages neu erworbene und durch Laboruntersuchungen eindeutig nachgewiesene Infektion mit dem Poliomyelitis-Virus mit nicht mehr behebbaren neurologischen Folgeerscheinungen.
- 3.19 Progressive Supranukleäre Blickparese
Eindeutiger Nachweis des Vorliegens einer progressiven supranukleären Blickparese
- 3.20 Schwerer Unfall
Ein Leistungsanspruch wegen eines schweren Unfalls besteht, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles nach geltenden medizinischen Behandlungsstandards mehr als 28 Tage in ununterbrochener Abfolge stationärer, davon mindestens 72 Stunden ununterbrochener intensivmedizinischer Krankenhausbehandlung bedarf. Ein Unfall im Sinne dieser Deckung liegt vor, wenn durch ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung eintritt.
Bei Vorliegen eines schweren Unfalles gemäß dieser Definition kommt die folgende Leistung zur Auszahlung:
- 25 % der für den Fall einer schweren Erkrankung zum Zeitpunkt der Leistungsanerkennung vorgesehenen Leistung,
 - maximal jedoch 75.000 EUR.
- 3.21 Sprachverlust
Vollständiger und nicht mehr behebbarer Verlust der Fähigkeit zu sprechen aufgrund einer körperlichen Verletzung oder organischen Erkrankung.
- 3.22 Terminale Krankheit
Fortgeschrittene oder rasch fortschreitende, unheilbare Krankheit, bei der nach Meinung zweier entsprechend qualifizierter, unabhängig voneinander in der EU praktizierender Fachärzte die Lebenserwartung der versicherten Person nicht mehr als zwölf Monate beträgt.
- 3.23 Verbrennungen dritten Grades
Verbrennungen dritten Grades, die mindestens 20 % der Körperoberfläche betreffen. Hautschäden gleichen Schweregrades und gleichen Umfangs, die durch Kälteexposition hervorgerufen werden, sind mit eingeschlossen.
- 3.24 Verlust von Gliedmaßen
Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen durch vollständige körperliche Abtrennung oberhalb des Handgelenks bzw. des Knöchels. Geleistet wird auch bei erfolgter Replantation („Wiederannähen“) der abgetrennten Gliedmaßen.
- 3.25 Vollständige Erwerbsminderung
- 3.25.1 Vollständige Erwerbsminderung liegt vor, wenn der Versicherte vor Vollendung des 65. Lebensjahres in Folge Krankheit, Körperverletzung oder Verfalls der körperlichen oder geistigen Kräfte voraussichtlich dauernd – d. h. für mindestens drei Jahre – außerstande ist oder sein wird, irgendeine regelmäßige Erwerbstätigkeit in mehr als nur geringem Umfang, d. h. im Durchschnitt täglich mehr als drei Stunden, auszuüben. Für die Frage, ob der Versicherte irgendeine Erwerbstätigkeit regelmäßig ausüben kann, kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse des Versicherten an; die jeweilige Arbeitsmarktlage und die bisherige Lebensstellung des Versicherten werden nicht berücksichtigt.
- 3.25.2 Ein Leistungsbescheid eines gesetzlichen Rententrägers bedingt keine Leistungspflicht im Sinne dieser Definition.

§ 7 – Wie sind Ihre Kinder mitversichert?

1. Mitversichert für den Fall einer schweren Erkrankung sind die leiblichen Kinder, Stiefkinder und Adoptivkinder des Versicherten vor Erreichen des 18. Geburtstages (mitversichertes Kind). Wir zahlen die Hälfte der Versicherungssumme, höchstens jedoch 35.000,00 EUR (Kindermitversicherung) nach den Bedingungen dieser Bestimmung.
2. Wir erbringen die Leistung, wenn ein mitversichertes Kind während der Laufzeit des Vertrages von einer der in § 6 der Allgemeinen Bedingungen definierten schweren Erkrankungen betroffen ist, die auch – je nach Wahl des Tarifes DDB07 oder DDK07 – für den Elternteil versichert sind. Ausgeschlossen ist dabei allerdings eine Leistung bei Eintritt einer Vollständigen Erwerbsminderung gemäß § 6 Nr. 3.25.
3. Eine Leistung wird nur erbracht, wenn das mitversicherte Kind für einen Zeitraum von mindestens vierzehn Tagen von dem Zeitpunkt an überlebt, zu dem die schwere Erkrankung diagnostiziert wird oder, soweit auf die jeweilige schwere Erkrankung anwendbar, vom Zeitpunkt der Operation oder der Bestätigung, dass eine Operation oder ein Transplantat erforderlich sind. Stirbt das mitversicherte Kind während dieses Zeitraums, so wird keine Versicherungsleistung erbracht.
4. Leistungen sind ausgeschlossen, wenn der die Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 erfüllende Gesundheitszustand des mitversicherten Kindes
 - bereits vor dem Ausstellungsdatum des ursprünglichen Versicherungsscheines vorlag, oder
 - erst nach Beginn des Versicherungsschutzes auftrat, jedoch vor
 - Erreichen eines Alters von dreißig Tagen, oder
 - dem Zeitpunkt der Adoption bei rechtmäßiger Adoption oder
 - dem Zeitpunkt der Heirat des Versicherten mit dem leiblichen Elternteil des versicherten Kindes, wenn es sich um ein Stiefkind handelt.
5. Leistungen sind ausgeschlossen, wenn einer der in § 8 der Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Fälle vorliegt.
6. Wenn für eine versicherte Person mehrere Versicherungen unterhalten werden, die diese Kindermitversicherung vorsehen, wird die Leistung nur einmal für jedes mitversicherte Kind erbracht. Für die Höhe der Leistung ist dann der Vertrag mit der höchsten Versicherungssumme maßgeblich
7. Der Versicherungsvertrag endet nicht bei einer Leistung aus der Kindermitversicherung. Die Leistung wird für jedes mitversicherte Kind jedoch nur einmal erbracht; es wird danach nicht mehr als mitversichertes Kind angesehen.

§ 8 – Gibt es Umstände, unter denen eine beschränkte oder keine Versicherungsleistung erbracht wird?

1. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir gar nicht bzw. beschränkt sich im Todesfall unsere Leistungspflicht auf die Auszahlung des für den Todestag berechneten Zeitwertes der Versicherung (gem. § 176 Abs. 3 VVG), wenn der Versicherungsfall verursacht ist:
 - 1.1 unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse. Nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres gilt diese Einschränkung unserer Leistungspflicht nicht im Falle der Teilnahme der versicherten Person an einer humanitären Hilfeleistung, friedenserhaltenden Maßnahme oder friedenskonsolidierenden/friedenssichernden Maßnahme der Bundeswehr im Rahmen eines UN- oder NATO-Einsatzes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland sowie bei Einsätzen für humanitäre Hilfsorganisationen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Die Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt ebenfalls nicht bis zum Ende des 28. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, von dem der Versicherte auf Reisen oder während Aufenthalt im Ausland überrascht wird.
 - 1.2.1 in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem nicht als Kriegsereignis gewürdigten terroristischen Angriff, der mittels Einsatz oder vorsätzlichem Freisetzen von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder von anderen als Waffe eingesetzten Mitteln mit ähnlichem Gefährdungspotenzial (z. B. Sprengstoffe, Flugzeuge oder ähnliches) geführt wird.
 - 1.2.2 Voraussetzung für die Anwendung dieser Klausel ist, dass zur Bewältigung des Schadensereignisses der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde notwendig war und entweder Artikel 35 Abs. 3 des Grundgesetzes (Naturkatastrophen oder Unglücksfall), Artikel 91 (Innerer Notstand, ggf. in Verbindung mit Art. 87a), Artikel 115 (Verteidigungsfall) oder eine gleichwertige künftige gesetzliche Regelung für den Katastrophenfall zur Anwendung kam oder aber ein Einsatz der Nato Response Force (NFR) notwendig war und so viele Menschen zu Tode gekommen sind, dass dem Unternehmen die Erfüllung der vertraglich zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr möglich ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
 - 1.3 unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - 1.4 durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten.
 - 1.5 durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.
 - 1.6 durch Selbsttötung innerhalb von drei Jahren nach Versicherungsbeginn oder nach Erhöhung des Versicherungsschutzes (außer planmäßige Erhöhungen gemäß den Besonderen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 mit planmäßiger Erhöhung des Beitrags und der Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung), bezogen auf den erhöhten Teil. Wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
 - 1.7 durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeiführt haben.
 - 1.8 durch Einnahme von Alkohol, Drogen oder Medikamenten, es sei denn diese erfolgt unter der Anleitung eines entsprechend qualifizierten Arztes.
 - 1.9 durch Erkrankungen, die in kausalem Zusammenhang mit einer HIV-Infektion bzw. Aids-Erkrankung stehen, sofern nicht diese Infektion aufgrund der Bestimmungen des § 6 Abs. 2.3 „HIV/AIDS – Bluttransfusion/Berufsausübung“ ebenfalls versichert ist und auf den dort erläuterten Infektionswegen erworben wurde.
2. Bitte beachten Sie, dass § 6 der Allgemeinen Bedingungen bei einzelnen Krankheiten auch Ausschlüsse beschreibt. Unter anderem sind Parkinson-Krankheit, Alzheimer Krankheit/Präsenile Demenz und vollständige Erwerbsminderung, soweit nach dem 65. Geburtstag des Versicherten diagnostiziert, Tumore und Läsionen der Hypophyse und bestimmte Formen von Krebs nicht durch die Versicherung gedeckt. Aortokoronarer Bypass

und Krebs sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, wenn sie in den ersten drei Monaten ab ursprünglichem Versicherungsbeginn auftreten. Wegen der Einzelheiten siehe § 6 der Allgemeinen Bedingungen.

3. Wenn Sie außerhalb der EU reisen oder leben, beachten Sie bitte, dass dies dazu führen kann, dass die Bestimmungen in § 16 Abs. 1 nicht erfüllt und Leistungen aus dieser Versicherung damit nicht erbracht werden können.

§ 9 – Können Sie den Tarif wechseln?

1. Sie können jederzeit mit Wirkung zum Beginn einer neuen Versicherungsperiode vom Tarif DDK07 zu Tarif DDB07 wechseln. In diesem Fall werden wir Ihnen die geänderte Beitragshöhe mitteilen und einen Nachtrag zum Versicherungsschein ausstellen.
2. Sie können jederzeit mit Wirkung zum Beginn einer neuen Versicherungsperiode den Wechsel vom Tarif DDB07 zu Tarif DDK07 beantragen. Wir behalten uns das Recht vor, Informationen und Berichte über Ihre Gesundheit, Berufstätigkeit und Beschäftigung etc. zu verlangen und den Antrag abzulehnen oder von uns für angemessen gehaltene Bedingungen zu stellen.

§ 10 – Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in Form von Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträgen entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlungen ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr. Sie können die Beiträge entweder durch Einzugsermächtigung oder durch Überweisung zahlen.
2. Der Einlösungsbeitrag wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
3. Wenn eine Versicherungsleistung fällig wird, ziehen wir rückständige Beiträge von dieser Leistung ab.
4. Wenn Sie per Überweisung bezahlen, obliegt es Ihnen, sicherzustellen, dass die Zahlung unter Angabe der Vertragsnummer oder anderer Informationen erfolgt, die es uns ermöglichen, die Zahlung Ihrem Vertrag zuzuordnen. Zahlungen ohne solche Angaben werden wir Ihnen zurück überweisen. Sie gelten dann als nicht erfolgt.

§ 11 – Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Bei Einziehung des Beitrags von einem Konto gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.
2. Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch auf den ersten Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
3. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 12 – Was müssen Sie bei der Kündigung Ihrer Versicherung beachten und ist eine Beitragsfreistellung möglich?

1. Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes
 - 1.1 Sie können den Vertrag jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen.
 - 1.2 Kündigen Sie eine Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung nur wirksam, wenn die verbleibenden Tarifbeiträge den jeweiligen Mindestbetrag nicht unterschreiten. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen. Es sind folgende Mindestbeiträge zu beachten:

Zahlweise	Mindesttarifbeitrag (gesamt)
Monatlich	30 EUR
Vierteljährlich	90 EUR
Halbjährlich	180 EUR
Jährlich	360 EUR

1.3.1 Nach § 176 VVG haben wir – soweit bereits entstanden – den Rückkaufswert zu erstatten. Er wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode als Zeitwert Ihrer Versicherung berechnet. Wird die Versicherung nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer der in § 6 versicherten schweren Erkrankung für dann neu auftretende Erkrankungen weitergeführt, so wird im Falle der Kündigung kein Rückkaufswert fällig.

1.3.2 Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgesetzt. Eine Kündigung Ihrer Versicherung ist insoweit also auch mit Nachteilen verbunden. Bei der Berechnung des Rückkaufswertes wirkt sich auch die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 13 der Allgemeinen Bedingungen) aus: Zu Versicherungen, zu denen ein Rückkaufswert zu bilden ist, ist in der Anfangszeit noch kein Rückkaufswert vorhanden, auch in der Folgezeit erreicht der Rückkaufswert nicht oder nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge. Der Rückkaufswert entspricht jedoch mindestens einem bei Vertragsabschluss vereinbarten Garantiebetrag, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung des Vertrages abhängt. Nähere Informationen zum Rückkaufswert und seiner Höhe können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

2. Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

2.1 An Stelle einer Kündigung nach Ziffer 12.1. können Sie unter Beachtung der dort genannten Fristen verlangen, ganz von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Versicherungssumme auf eine beitragsfreie Versicherungssumme herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge).

2.2 Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren (vgl. § 13) keine beitragsfreie Versicherungssumme vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Versicherungssumme und ihrer Höhe können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

2.3 Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die zu berechnende beitragsfreie Dread Disease Versicherungssumme den Mindestbetrag von 25.000 EUR nicht, so erlischt Ihr Versicherungsvertrag. In diesem Fall erhalten Sie den Zeitwert der Versicherung (§ 176 Abs. 3 VVG). Dieser Betrag mindert sich um ausstehende Forderungen (rückständige Beiträge).

3. Im Falle von Zahlungsschwierigkeiten haben Sie das Recht, Ihren Versicherungsschutz innerhalb von 6 Monaten in der ursprünglich vereinbarten Höhe ohne erneute Gesundheitsprüfung bei gleichzeitiger Nachzahlung des ursprünglich vereinbarten Beitrags wiederherzustellen, sofern ein Versicherungsfall oder eine Erkrankung, die einen Versicherungsfall bedingen würde, bei Zugang Ihrer diesbezüglichen Erklärung noch nicht eingetreten ist. Die nachzuzahlenden Beiträge gelten dann bis zum Zeitpunkt der Wiederherstellung als gestundet; für diesen Zeitraum behalten wir uns vor, Stundungszinsen zu erheben. Die Nachzahlung der Beiträge kann auf Wunsch in 12 Monatsraten erfolgen, wobei wir dann ebenfalls Zinsen erheben können.

4. Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

§ 13 – Was bedeutet die Verrechnung von Abschlusskosten nach dem Zillmerverfahren?

1. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschlusskosten (§ 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen) sind bereits pauschal bei der Tariffkalkulation

berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

2. Für Ihre Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind. Der zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

3. Das beschriebene Verrechnungsverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Rückkaufswert vorhanden ist. Nähere Informationen können Sie der Ihrem Versicherungsschein beigefügten Tabelle entnehmen.

§ 14 – Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

1. Wir schließen den Vertrag im Vertrauen darauf, dass Sie alle im Zusammenhang mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Dies gilt insbesondere für Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, dem Nichtraucherstatus, Berufstätigkeit und Lebensweise. Die vorvertragliche Anzeigepflicht gilt auch in der Zeit von der Antragstellung bis zur Ausstellung des Versicherungsscheins. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, in diesem Zeitraum auftreten, so müssen Sie uns diese unverzüglich anzeigen. Dies gilt insbesondere, wenn Sie beantragt haben, dass Ihr Vertrag in einem bestimmten zukünftigen Monat beginnen soll.

2. Sofern Sie nicht die versicherte Person sind, ist auch die versicherte Person – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder einer anderen versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen drei Jahren seit Vertragsschluss vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird unser Rücktritt gegenstandslos.

4. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben.

5. Die Kenntnis eines Versicherungsvermittlers steht hinsichtlich des Fristbeginns unserer Kenntnis nicht gleich (§ 44 des Versicherungsvertragsgesetzes).

6. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, so bleibt unsere Leistungspflicht gleichwohl bestehen, wenn die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nachweislich keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Betrag oder die Dauer unserer Leistung gehabt haben.

7. Wir können den Versicherungsvertrag auch binnen zehn Jahren seit Vertragsschluss anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf die Bedingungen unseres Angebotes oder unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Wenn das Leben einer anderen Person versichert ist und es sich um Angaben dieser versicherten Person handelt, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung auch dann erklären, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

8. Die Anfechtung können wir aber nur innerhalb eines Jahres erklären, nachdem wir von der Täuschung Kenntnis erhalten haben.

9. Die Absätze 14.1 - 14.4 sowie 14.7. und 14.8. gelten auch für Angaben, die in Bezug auf ein Angebot oder einen Antrag auf Änderung bzw. Wiederherstellung der Versicherung gemacht werden. In diesem Fall beginnen die in Absatz 14.3 und 14.7. genannten Fristen mit unserer Annahme der Änderung der Versicherung neu zu laufen. Dies gilt auch, wenn Sie von einem der in den Besonderen Bedingungen beschriebenen Rechte Gebrauch machen.

10. Wenn die Versicherung durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, beschränkt sich unsere Zahlungspflicht auf die Auszahlung des Rückkaufswertes, soweit ein Rückkaufswert zu bilden und entstanden ist (siehe § 12 Nr. 1). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie auch in diesem Fall nicht verlangen.

11. Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als zur Entgegennahme der Erklärung bevollmächtigt ansehen.

§ 15 – Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung im Todesfall zu beachten?

1. Der Tod des Versicherten ist uns unverzüglich anzuzeigen.
2. Um den Anspruch zu prüfen, benötigen wir:
 - die Vorlage des Versicherungsscheins,
 - unter Umständen den Nachweis der Zahlung des letzten Beitrags,
 - eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltene Sterbeurkunde,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tode des Versicherten geführt hat,
 - weitere Informationen oder Nachweise, die nach den Umständen zur Prüfung des Anspruchs erforderlich sind.
3. Die mit der Erfüllung unserer Anforderungen gemäß Absatz 15.2 verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

§ 16 – Was ist bei Fälligkeit der Versicherungsleistung im Falle des Eintritts einer schweren Erkrankung zu beachten?

- 1.1 Die Erkrankung muss im Leistungsfall von einem deutschen oder in der EU praktizierenden Facharzt aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet nachgewiesen werden.
- 1.2 Wir erkennen Berichte in deutscher, englischer, französischer, italienischer und spanischer Sprache im Original an; Berichte in anderen Sprachen müssen uns in beglaubigter Übersetzung eingereicht werden. Erhobene Befunde sind uns im Original zu überlassen.
- 1.3 In Ihrem Interesse empfehlen wir Ihnen, uns umgehend schriftlich zu benachrichtigen, wenn Gründe für die Annahme bestehen, dass der Gesundheitszustand des Versicherten (oder, soweit anwendbar, eines mitversicherten Kindes) die Definition einer oder mehrerer schwerer Erkrankungen erfüllt ist oder dies nahe liegt (siehe § 6 und § 7 der Allgemeinen Bedingungen). Dies ermöglicht es uns, weitere medizinische oder sonstige Nachweise zu veranlassen, die wir benötigen, um den Anspruch frühstmöglich zu prüfen.
2. Um den Anspruch zu prüfen, benötigen wir:
 - 2.1 Einen Facharztbericht zur Bestätigung des Vorhandenseins einer schweren Erkrankung unter Angabe der durchgeführten Diagnostik und der erhobenen Befunde. Wir können weitere detaillierte ärztliche Zeugnisse oder Berichte über den Beginn und Verlauf der Beschwerden verlangen, die zu dem Anspruch auf Versicherungsleistungen geführt haben. Wir können auch verlangen, dass der Versicherte oder das mitversicherte Kind sich der Untersuchung durch einen von uns gewählten Arzt unterzieht.
 - 2.2 Eine Geburtsurkunde zum Nachweis des Alters des Versicherten oder des mitversicherten Kindes.
 - 2.3 Nachweis des letzten Beitrags (soweit von uns verlangt).
3. Wir tragen die Kosten aller von uns zur Begutachtung des Anspruchs verlangten ärztlichen Zeugnisse und Untersuchungen. Alle sonstigen durch die Erfüllung unserer Anforderungen gemäß Absatz 2. entstehenden Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.
4. Während des angemessenen Zeitraums, den wir für die Prüfung des Anspruchs benötigen und auch für die Zeit nach Anerkennung eines ersten Leistungsanspruches müssen Sie alle Beiträge weiter zahlen. Andernfalls kann es zum Verlust des Versicherungsschutzes gemäß § 11 Abs. 3 der Allgemeinen Bedingungen sowie zum Verlust der Ansprüche auf Weiterführung des Vertrages gem. § 5. Abs. 2 dieser Bedingungen kommen. Bei Anerkennung eines Anspruchs auf Zahlung einer Versicherungsleistung gemäß § 3 der Allgemeinen Bedingungen werden wir die für die Zeit nach Erhalt des Anspruchsreibens gezahlten Beiträge zurückzahlen. Die Beitragszahlungspflicht erlischt erst mit Anerkennung eines zweiten Leistungsfall es zu dem Zeitpunkt, an dem der zweite Leistungsfall eingetreten ist. Eventuell zuviel bezahlte Beiträge (für die Zeitspanne der Leistungsprüfung zwischen Eintritt und Anerkennung eines 2. Leistungsfall es gem. § 5 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen) werden wir jedoch zurückerstatten.

§ 17 – Wie sind vertragliche Zahlungen zu leisten?

1. Sobald uns der Eintritt des Versicherungsfalles und das Recht des Anspruchstellers nachgewiesen wurden und wir den Leistungsfall anerkannt haben, zahlen wir die Versicherungssumme auf seine Kosten an den berechtigten Anspruchsteller.
2. Beitragszahlungen erfolgen auf Ihr Risiko und Ihre Kosten. Es ist ausreichend, wenn Sie alles Erforderliche unternehmen, damit wir den Beitrag in der gegebenen Frist erhalten (siehe auch § 10 Abs. 1 und Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen).

§ 18 – Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins als Inhaber der Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag ansehen. Wir behalten uns das Recht vor, von dem Inhaber den Nachweis seiner Berechtigung zu verlangen.
2. Soweit § 19 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen Anwendung findet, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur anzuerkennen, wenn uns die zuvor berechtigte Partei die erforderliche schriftliche Benachrichtigung gegeben hat.

§ 19 – Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Eintritt des Versicherungsfalles Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.
4. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Abs. 1) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfalle Sie; es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

§ 20 – Was gilt für Mitteilungen, die sich auf den Versicherungsvertrag beziehen?

1. Mitteilungen, die sich auf den Versicherungsvertrag beziehen, müssen schriftlich per Post erfolgen.
2. Vorbehaltlich des Absatzes 1 werden Mitteilungen wirksam, sobald sie uns zugehen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
3. Eine Änderung Ihrer Postanschrift sollten Sie uns sofort mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Wohnung abgesandt werden kann; eine solche Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie Ihnen ohne die Wohnungsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
4. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 3 entsprechend.

§ 21 – Welche Kosten und Gebühren können Ihnen gesondert in Rechnung gestellt werden?

1. Für den Fall, dass uns durch Ihre Veranlassung zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, behalten wir uns das Recht vor, Ihnen die in den entsprechenden Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten in Rechnung zu stellen. Dies gilt insbesondere für die folgenden Vorfälle:
 - Ausstellung einer Zweit- oder Abschrift des Versicherungsscheins,
 - Verzug mit einer Beitragszahlung,
 - Rückläufen im Lastschriftverfahren,
 - Vertragsänderungen,
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
2. Wenn uns in den genannten Fällen Kosten von Seiten Dritter in Rechnung gestellt werden, werden diese ebenfalls geltend gemacht.

§ 22 – Nichtraucherstatus

1. Für die Antragstellung gilt: Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten Nikotin weder durch den Genuss von Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, Kautabak, Schnupftabak noch in anderer Form aktiv zu sich genommen hat.
2. Wenn wir dem Versicherten den Nichtraucherstatus einräumen, finden unsere Nichtraucherbeitragsraten auf den Versicherungsvertrag Anwendung.
3. Der Raucher- oder Nichtraucherstatus bleibt während der gesamten Laufzeit des Vertrages (einschließlich etwaiger Verlängerungen) erhalten, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht nicht verletzt haben. Für den Fall der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ist Skandia berechtigt, gemäß § 14 der Allgemeinen Bedingungen vom Vertrag zurückzutreten bzw. diesen anzufechten.
4. Wir können den Nichtraucherstatus jedoch nach unserer Wahl nachträglich mit Wirkung vom Beginn einer neuen Versicherungsperiode an gewähren, wenn Sie uns auf Ihre Kosten die folgenden Unterlagen und Informationen vorlegen:
 - die Bestätigung eines in der EU praktizierenden Arztes, dass die versicherte Person in den letzten 12 Monaten keinen Tabak geraucht hat;
 - solche medizinischen und sonstigen Informationen, die wir benötigen, um zu prüfen, ob der Antrag unter den gegebenen Umständen akzeptabel ist und uns nicht aufgrund von Änderungen des Gesundheitszustands, der Berufstätigkeit oder Lebensweise des Versicherten unangemessenen Risiken aussetzt.Wir behalten uns das Recht vor, jeden Antrag auf Wechsel vom Raucher in den Nichtraucherstatus abzulehnen.

§ 23 – Welche Grundsätze gelten für die Überschussbeteiligung?

1. Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die in der Regel lange Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Versicherungsbeiträge besonders vorsichtig kalkuliert. Überschüsse entstehen, wenn sich die Sterblichkeit, der Dread Disease Schadenverlauf und die Kostenentwicklung günstiger gestalten, als wir bei der Beitragskalkulation angenommen haben. Weitere Überschüsse stammen aus Erträgen der Kapitalanlage. An diesen Überschüssen sind Sie und unsere übrigen Versicherungsnehmer beteiligt. Die Überschussermittlung erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), des Handelsgesetzbuches (HGB) und den dazu erlassenen Rechtsverordnungen und Vorschriften.
2. Die Überschussbeteiligung nehmen wir nach Grundsätzen vor, die § 81c VAG und der dazu erlassenen Rechtsverordnung entsprechen und deren Einhaltung die Aufsichtsbehörde überwacht. Nach diesen Grundsätzen haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Den bei günstiger Schaden- und Sterblichkeitsentwicklung sowie Kostensituation auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschuss ordnen wir den einzelnen Bestandsgruppen zu und schreiben ihn den Verträgen direkt gut. Jede einzelne Versicherung innerhalb eines Gewinnverbandes erhält Anteile an den Überschüssen dieser Bestandsgruppe.

Besondere Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 mit planmäßiger Erhöhung des Beitrages und der Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung

§ 1 – Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung des Beitrages?

1. Der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich zum Erhöhungstermin um den vereinbarten festen Prozentsatz des Vorjahresbeitrages.
2. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen unter Beibehaltung des gewählten Verhältnisses (Versicherungssumme für den Fall des Eintritts einer schweren Krankheit/Todesfallsumme) ohne erneute Gesundheitsprüfung.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer – jeweils innerhalb des vereinbarten Beitragsgaranzzeitraumes – jedoch nicht länger, als bis der Versicherte das rech-

3. Die Höhe dieser Anteile wird vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Rahmenbedingungen jährlich festgelegt, veröffentlicht und im Geschäftsbericht für die jeweiligen Tarife ausgewiesen. Die Mittel für diese Überschussanteile werden den Überschüssen des Geschäftsjahres entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

§ 24 – Welche Überschüsse werden diesem Vertrag zugeteilt?

Der Versicherung werden laufende Überschussanteile zugeordnet, die zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres entstehen. Die Überschussanteile errechnen sich in Prozent des Tarifbeitrages. Sie werden je nach der mit Ihnen getroffenen Vereinbarung entweder

- mit den Tarifbeiträgen verrechnet (Beitragsverrechnung) oder
- in Investmentfonds angelegt (Anlage in Investmentfonds). Bitte beachten Sie die Besondere Vereinbarung für die Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“.

§ 25 – Zu welchem Gewinnverband gehört dieser Vertrag?

Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband 2 der Bestandsklasse DD.

§ 26 – Welches Recht ist anwendbar?

Ihr Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 27 – Welche der für Ihren Vertrag geltenden Bestimmungen können geändert werden?

- 1.1 Die Bestimmungen über den Rückkaufswert können auch für bestehende Versicherungen unter der Voraussetzung geändert werden, dass Sie dadurch nicht unzumutbar benachteiligt werden. Entsprechendes gilt für die Bestimmungen über die Überschussbeteiligung (§ 23) und den Nichtraucherstatus (§ 22).
- 1.2 Die Änderung wird wirksam, sofern ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt hat (§ 172 Versicherungsvertragsgesetz und § 11b Versicherungsaufsichtsgesetz).
2. Sollten einzelne Bestimmungen in den dem Vertrag zugrunde gelegten allgemeinen oder besonderen Versicherungsbedingungen unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Wir können in diesen Fällen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse die betreffende Bestimmung ergänzen oder durch eine wirksame, für Sie zumutbare Bestimmung ersetzen, die dem Vertragszweck der Bestimmung möglichst entspricht, wenn zur Fortführung des Vertrages dessen Ergänzung notwendig ist. Abs. 1.2 findet entsprechende Anwendung.

§ 28 – Vertragsänderungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

nungsmäßige Alter von 65 Jahren erreicht hat. Das rechnungsmäßige Alter ist das Alter des Versicherten, wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als sechs Monate verstrichen sind.

§ 2 – Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beitrag und Versicherungsleistung?

1. Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 – Wie errechnet sich die erhöhte Versicherungsleistung?

Die Erhöhung der jeweiligen Versicherungsleistung errechnet sich nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Berücksichtigung des am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alters der versicherten Person, der vereinbarten Beitragsgarantiezeit, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

§ 4 – Welche sonstigen Bedingungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistung?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistung. Entsprechende Anwendung findet der § 23 (Überschussbeteiligung) der Allgemeinen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistung aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen des § 14 Abs. 3 (Verletzung der

Anzeigepflicht) und des § 8 Abs. 1.6 (Selbsttötung) der Allgemeinen Bedingungen für Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 nicht erneut in Lauf.

§ 5 – Wann wird die Erhöhung ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Eine oder mehrere unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als viermal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Außerdem erlischt das Recht auf Erhöhungen nach Anerkennung einer Leistungspflicht, sofern der Vertrag dann gemäß § 5 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen weitergeführt wird.

Besondere Vereinbarung für die Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“

- 1.1 Ihre Überschussanteile werden von der Skandia Lebensversicherung AG in Anteilseinheiten der vereinbarten Investmentfonds angelegt.
- 1.2 Dabei wird der Rücknahmepreis der Anteile spätestens am dritten Börsentag nach Eingang des jeweiligen Überschussanteils zugrunde gelegt. Die Aufteilung der anzulegenden Überschussanteile erfolgt in dem von Ihnen im Antrag festgelegten Verhältnis. Sie können die Aufteilung jederzeit neu festlegen. Dabei können Sie die Neuaufteilung auf den bereits angesammelten Anlagestock oder die noch fälligen Folgebeiträge beschränken. Haben Sie keine Weisungen erteilt, erfolgt die Aufteilung nach dem bei Antragstellung festgelegten Verhältnis.
- 1.3 Der in Anteile eines Investmentfonds umzuwandelnde Betrag darf ein Zehntel des jeweils anzulegenden Überschussanteilsbetrages nicht unterschreiten.

Fonds der folgenden Gesellschaften stehen zur Zeit zur Auswahl:

1. Franklin Templeton Investment Funds SICAV, Luxemburg
Depotbank: JP Morgan Bank, Luxemburg

Aktiefonds Global: Templeton Growth (Euro) Fund

Das Anlageziel dieses Fonds ist langfristiges Kapitalwachstum. Die Anlage erfolgt weltweit in Aktien, dabei vorwiegend in Stammaktien und Schuldtiteln von Unternehmen und der öffentlichen Hand. Die Basiswährung des Fonds ist Euro

2. Fidelity Funds (SICAV), Luxemburg
Depotbank: Brown Brothers Harriman S.A., Luxemburg

Renten- und Geldmarktfonds: Fidelity Euro Bond Fund

Der Fidelity Euro Bond Fund strebt ein attraktives Ertragsniveau zusammen mit einem möglichen Kapitalwachstum an. Der Fonds investiert hauptsächlich sowohl in staatliche als auch nicht-staatliche Anleihen aus Ländern der europäischen Währungsunion. Der Fonds ist in Euro notiert.

2. Über die Entwicklung der Investmentfonds informieren wir Sie regelmäßig bzw. teilen Ihnen diesen auf Wunsch jederzeit gern mit. Auch Änderungen der Anlagegrundsätze werden wir Ihnen umgehend mitteilen. Sie können die Rücknahmepreise der Investmentanteile den überregionalen Tageszeitungen, wie z. B. „Handelsblatt“ oder „FAZ“, entnehmen oder über unsere Webseite im Internet „www.skandia.de“ erfahren.
3. Es sind Umstände denkbar, unter denen ein Fonds aus der von uns zur Verfügung gestellten Auswahl gestrichen wird. In Fällen, in denen der Verantwortliche Aktuar der Ansicht ist, dass der Fonds aus der Auswahl gestrichen werden sollte, kann der Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars entscheiden, dass es im Interesse des Versicherungsnehmers ist, einen Fonds zu streichen. Darüber hinaus können Umstände, die sich der Kontrolle der Gesellschaft entziehen, dafür sprechen, einen Fonds aus dem Angebot zu nehmen. In diesen Fällen werden Sie von uns schriftlich benachrichtigt, mit der Bitte, innerhalb von

zwei Wochen einen Fonds aus unserer Auswahl zu benennen, der an die Stelle des gestrichenen Fonds treten soll. Erhalten wir innerhalb der Frist keine Nachricht, werden wir den Fonds auswählen, der nach Meinung der Gesellschaft dem geschlossenen Fonds vom Anlagegesichtspunkt am nächsten liegt. Dieser Fonds und der Fondswechselstichtag wird Ihnen in unserer schriftlichen Benachrichtigung mitgeteilt.

- 4.1 Ihrem Vertrag schreiben wir Anteilseinheiten des Investmentfonds (im folgenden als „Anteilseinheiten“ bezeichnet) gut. Die Anzahl der Anteilseinheiten ergibt sich aus dem Gegenwert Ihrer Überschussanteile geteilt durch den Wert (Rücknahmepreis) je Anteil des jeweiligen Investmentfonds zum Bewertungsstichtag.
- 4.2 Die Anteile halten wir in einem vom übrigen Vermögen gesonderten Anlagestock.
5. Da die Entwicklung des Wertes eines Investmentfondsanteils nicht vorauszusehen ist, können wir den Geldwert der in den Fonds angelegten Überschussanteile nicht garantieren. Sie haben die Chance, bei guter Entwicklung des von Ihnen gewählten Investmentfonds, einen Wertzuwachs Ihrer Anteilseinheiten zu erzielen; Sie tragen aber auch das Anlagerisiko im Falle einer Wertminderung.
6. Die Erträge aus den jeweiligen Investmentfonds werden dem Anteilspreis zugerechnet. Je nach Fonds werden diese am Fondsgeschäftsjahresende thesauriert oder ausgeschüttet und wieder angelegt.
7. In einem Investmentfonds angelegte Überschussanteile können nicht mit künftig fällig werdenden Beiträgen verrechnet werden.
8. Für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 gilt:
 1. bei Kündigung der Versicherung vor Eintritt des Leistungsfalls werden Ihnen die auf Sie entfallenden Anteilseinheiten an den gewählten Investmentfonds – bewertet mit den dann aktuellen Rücknahmepreisen – ausgezahlt
 2. im Todesfall werden Ihnen die auf Sie entfallenden Anteilseinheiten an den gewählten Investmentfonds – bewertet mit den dann aktuellen Rücknahmepreisen – ausgezahlt
 3. im Fall des Eintritts einer schweren Krankheit gemäß § 5 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07 werden Ihnen die auf Sie entfallenden Anteilseinheiten an den gewählten Investmentfonds – bewertet mit den dann aktuellen Rücknahmepreisen – ausgezahlt
9. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung erbringen wir ausschließlich als Geldleistung in der entsprechenden Höhe.
10. Die Besondere Vereinbarung für die Überschussverwendungsart „Anlage in Investmentfonds“ ergänzt die Allgemeinen Bedingungen für die Skandia Dread Disease Versicherung nach den Tarifen DDB07/DDK07.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der Daten verarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Die Einwilligung zur Datenübermittlung gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Beide Klauseln sind allen Versicherungsgesellschaften von der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, nach sorgfältiger Prüfung der Interessen der Versicherungsnehmer und nach Abstimmung mit den Datenschutz-Aufsichtsbehörden der Länder genehmigt worden. Die Versicherer verwenden – soweit nicht Besonderheiten einzelner Versicherungssparten Abweichungen erfordern – gleich lautende Texte. Das dient der Klarheit und der Übersichtlichkeit. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind Ihre Angaben im Antrag und versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer) und Beitrag, Abrechnung mit Vermittlern, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Sachverständigen oder eines Arztes. Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben, z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, zur Datenverarbeitung.

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlages, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskünfte zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§§ 59, 67 Versicherungsvertragsgesetz sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches

von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Versicherungsfall.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu werden bei einigen Fachverbänden zentrale Datensammlungen geführt bzw. bestehen zentrale Hinweissysteme.

Solche Datensammlungen bzw. Hinweissysteme gibt es beim Verband der Lebensversicherungsunternehmen. Die Aufnahme in diese Datensammlung/Hinweissysteme erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit der jeweiligen Datei verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel:

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge; Zweck: Risikoprüfung.

5. Datenverarbeitung in der Versicherungsgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Branchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) durch juristisch selbstständige Gesellschaften betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Gesellschaften häufig in Versicherungsgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Gesellschaften der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von Datenübermittlung, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheitsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Gesellschaft.

6. Betreuung durch unabhängige Berater

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch unabhängige Berater betreut. Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhalten die Berater von uns die notwendigen versicherungstechnischen Angaben, wie insbesondere Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder die Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung werden an die Berater auch Gesundheitsdaten übermittelt.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

**WEITERE
INFORMATIONEN
ZU SKANDIA?**

Skandia Lebensversicherung AG
Kaiserin-Augusta-Allee 108
10553 Berlin
Geschäftspartner-Service: 0 18 02-SKANDIA (7 52 63 42)
Kunden-Hotline: 0 18 03-SKANDIA (7 52 63 42)
Fax 030-310 07-26 00
Internet: www.skandia.de · E-Mail: info@skandia.de